FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

Mihail C. ALECSIU

Né le 18 octobre 1900 à Craïova (Roumanie)

POLYPES FIBREUX

de

L'UTÉRUS ET GESTATION

Président de thèse :

M. le Professeur A. COUVELAIRE

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, Boulevard Saint-Germain, 93

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN ..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmogique	De Lapersonne.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN. J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Patholog. médicale.
ALGLAVE	Patholog. chirurg.
AUBERTIN	Patholog. médicale.
BASSET	Patholog. chirurg.
BAUDOIN	Patholog. médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERN	Chimie biologique,
BRANCA	Histologie.
BRULE	Patholog. médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matières médicales.
CADENAT	Patholog. chirurg.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Patholog. médicale.
CLERC	Patholog. médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathol.
DUVOIR	Médecine légale.
ECAILLE	Ostétrique.
FIESSINGER	Patholog. médicale.
FOIX	Patholog. médicale.
GARNIER	Patholog. expérim.
HARVIER	Patholog. médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBE (Henri)	Chimie biologique,
LARDENNOIS	Patholog. chirurg.
LE LORIER	Ostétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryng.
LEMIERRE	Patholog. médicale.
LEVY-SOLAL	Ostétrique.
LHERMITTE	Patholog. mentale.
LIAN	Patholog. médicale.
MATHIEU	Patholog. chirurg.
METZGER	Ostétrique.
MOCQUOT	Patholog. chirurg.
MONDOR	Patholog. chirurg.
MOURE	Patholog. chirurg.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Patholog. médicale.
ROUVIERE	Physiologie.
RICHET Fils	Anatomie.
STROHL	
TANON	Patholog. médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matières médicales.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Patholog. médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Patholog. médicale.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathol.

A MON PERE,

A MA MERE,

Témoignage de ma profonde affection et de mon éternelle reconnaissance.

A MA FEMME

ET A MA FILLE,

Affectueux attachement.

A MA SŒUR.

En hommage à sa gracieuse affection.

A TOUS MES PARENTS.

A TOUS MES AMIS.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique
De la Faculté de Médecine de Paris.
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR A.-J. POWILEWICZ

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine.
Chef de laboratoire à la clinique Baudelocque.

Hommage de ma reconnaissance
pour sa contribution à ma thèse

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS.

M. le Professeur F. de LAPERSONNE ;

M. le Professeur MARFAN,
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés ;

M. le Professeur TEISSIER,
Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard ;

M. le Professeur F. WIDAL,
Médecin de l'Hôpital Cochin ;

M. le Professeur F. LEGUEU,
Chirurgien de l'Hôpital Necker ;

M. le Professeur SEBILEAU,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière ;

M. le Professeur H. CLAUDE,
Médecin de l'Asile Sainte-Anne ;

M. le Professeur agrégé P. MOCQUOT,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin ;

M. le Docteur CAUSSADE,
Médecin de l'Hôtel-Dieu ;

M. le Docteur BOUFFE de SAINT-BLAISE,
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine ;

M. le Docteur LAUNAY,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin ;

M. le Docteur Félix RAMOND,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

INTRODUCTION

Avant de commencer cette thèse, nous voulons tout d'abord rendre nos plus respectueux hommages et exprimer toute notre gratitude à Monsieur le Professeur A. Couvelaire, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et le remercier de nous avoir suggéré l'idée de ce travail.

Pour traiter ce sujet, nous envisagerons d'abord l'historique de cette question.

Après, nous basant sur les observations que nous avons recueillies, nous aborderons les faits qui peuvent s'ensuivre.

Enfin, en dernier lieu, nous arriverons aux conclusions à tirer de ces observations et de ces faits.

Nous ne voulons pas terminer ces quelques lignes, sans adresser nos plus vifs remercîments à Monsieur le Docteur Powilewicz, dont les conseils nous ont été si précieux au cours de nos recherches.

CHAPITRE II.

Historique

La gestation compliquée de polypes fibreux de l'utérus, n'est pas citée fréquemment par les auteurs ; en effet dans les ouvrages classiques de Wallich, Varnier, Ribemont, Dessaignes et Lepage, Tarnier et Budin, L. Devraigue, nous ne trouvons pas de mention concernant les polypes fibreux et l'état puerpéral.

Cependant MM. Dubrisay et Jeannin signalent :

« L'influence des fibromes sur l'état puerpéral, varie suivant le siège des fibromes ; les plus dangereux sont ceux du corps, les moins à craindre, ceux du segment inférieur (on observera exactement le contraire au cours du travail). Elle varie également suivant la variété de la tumeur ; les fibromes sous-muqueux (polypes) sont les plus à redouter à ce stade de l'état puerpéral.

Influence de l'état puerpéral sur les tumeurs pendant les suites de couches ; on observe alors : la régression des fibromes qui se fait très rapidement, d'autant plus rapidement que la femme allaite ; parfois le sphacèle, surtout s'il s'agit d'un polype : d'où phénomènes infectieux ».

Plus loin, nous trouvons dans le livre de MM. Bar, Brindeau et Chambrelent :

« Les polypes muqueux peuvent donner lieu pendant la grossesse à des hémorragies généralement peu abondantes simulant soit un commencement d'avortement, soit même une insertion vicieuse du placenta. L'examen digital les fait reconnaître facilement et il est non moins facile de les enlever à l'aide d'une pince à polypes.

L'importance des polypes fibreux, des fibromes sous-muqueux pédiculés du col n'est guère plus grande. Soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement ils sont expulsés du col. Dès qu'on les reconnaît il faut les enlever en tranchant le pédicule par un coup de ciseaux ».

Nous trouvons encore ce passage de Cazeaux et Tarnier (1), concernant les polypes à l'état puerpéral :

« Les polypes ou tumeurs fibreuses pédicsulées, n'apportent d'obstacle à l'accouchemnet, qu'au niveau

---

(1) Cazeaux et S. Tarnier. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Année 1858. Page 731. 9e édition.

du col : nous les réunissons donc ici, dans une même description. Elles n'offrent pas autant de gravité que les tumeurs précédentes, car leur extirpation est le plus souvent possible, alors qu'elles semblent, par leur volume devoir constituer un obstacle insurmontable.

Le diagnostic de ces tumeurs est en général assez facile. Les auteurs citent cependant à leur sujet, quelques erreurs assez singulières. Le Docteur Merinnan relate un cas dans lequel un médecin crut, en touchant un polype, sentir la tête d'un fœtus.

Smellie raconte deux observations semblables : on ne doit donc pas s'en rapporter à un examen trop superficiel.

L'influence des polypes utérins sur le travail varie suivant une foule de circonstances.

Quand la tumeur est petite, elle peut-être comprimée contre une des parois de l'excavation par la tête du fœtus et celle-ci passe quelquefois au devant d'elle. Le pédicule étant très long, la masse fibreuse est poussée par la tête jusqu'au dehors de la vulve et ne retarde que faiblement l'expulsion du fœtus.

Appelé auprès d'une femme en travail, dit Francis Rhamsbothau, j'ai trouvé une tumeur du volume d'un œuf d'oie pendante dans le vagin.

Je reconnus facilement un polype, dont le pédicule était attaché au dessus du col, à la paroi interne de l'organe. La dilatation s'opéra rapidement, les membranes se rompirent, puis au moins d'une heure après la tête violemment poussée par la contraction, chassa

le corps du polype à l'extrémité de la vulve et se dégagea. (Obstetrics méd. ant. surg. p. 239.)

Après avoir traité avec son père la question de savoir s'il fallait procéder tout-de-suite à l'excision du polype, ils se décidèrent pour la négative.

On peut donc dans beaucoup de cas, se fier aux sources de l'organisme, en se rappelant toutefois qu' une expéctation trop longtemps prolongée, n'est pas sans danger pour la mère et l'enfant.

Quand on a suffisamment constaté l'insuffisance des contractions utérines, la section du pédicule de la tumeur, nous paraît la seule ressource.

Si son volume rendait ensuite son extraction trop difficile, on pourrait le couper en plusieurs fragments comme je l'ai vu faire deux fois, ou le saisir fortement avec un forceps armé de dents.

La version pelvienne conseillée par quelques accoucheurs, ne pourrait être pratiquée que dans les cas où la longueur du pédicule laisserait à la tumeur une grande mobilité et permettrait de la repousser, au-dessus du détroit supérieur.

Il est inutile de dire, que si pendant les derniers mois de la grossesse, l'existence d'un polype dans le vagin était reconnue, on devait dès le début du travail procéder à une excision, si son volume était de nature à rendre la parturition difficile ».

Comme nous le voyons, nous ne trouvons pas beaucoup de faits concernant cette question, cependant,

Smellie (1) rapporte deux observations très intéressantes à ce propos.

Voici la première de ces observations :

« L'enfant présentait le dos et fut délivré par les pieds ; après que cet enfant fut au monde, le placenta le suivit avec trèe peu ou point de secours. Cependant la matrice demeurait toujours extraordinairement distendue, ce qui fit soupçonner à M. Holicoke qu'il devait y avoir encore un autre enfant : pour s'assurer du fait, il introduisit la main dans la matrice, où il rencontra une grosse masse charnue attachée au côté gauche de son fond et qui était hérissée de petits mammelons. Il hésita d'abord s'il en ferait l'extraction parce qu'il craignait qu'elle ne fût suivie d' une hémorragie mortelle, cependant ayant réfléchi que tant que la présence de ce corps tiendrait la matrice ainsi distendue, il y avait également à craindre une perte aussi dangereuse, il résolut enfin d'en faire l'extraction, mais il n'en put venir à bout qu'avec beaucoup de forces ; cette substance pesait environ deux livres et était du tissu polypeux. »

L'autre observation de Smellie est rapportée aussi par Herbiniaux (2).

« Smellie rapporte qu'une sage-femme ayant senti à

---

(1) Observations sur les accouchements ou suite de la théorie et pratique de cet art, M. Smellie. T. II. Année 1766. P. 300.

(2) Traité sur divers accouchements laborieux et sur les polypes de la matrice, par M. G. Herbiniaux. T. II. 1791. — Revue et corrigée par Alphonse le Roy et Baudelocque.

côté de la tête de l'enfant une autre grosse substance ferme et arrondie, qui paraissait avancer de la même manière que la tête, fit appeler un accoucheur, lequel, ayant examiné le cas, il ne pouvait déterminer de quelle nature était la tumeur, abandonna la malade, en disant que cette affaire était du ressort de la chirurgie.

La sage-femme plus constante vint à bout d'accoucher la femme et de la délivrer, sur quoi on lui imputa mal à propos d'avoir attiré en même temps la matrice.

Quelques mois après l'accouchement, la tumeur s'enflamma, s'ouvrit et rendit une grande quantité de matières. Deux chirurgiens appelés qui ne purent alors rien statuer, parce que la tumeur remplissait tout le vagin et qu'on ne pouvait sentir l'orifice interne. Quelques temps après on les appela de nouveau ; ils trouvèrent alors la tumeur descendue jusqu'au dessous des parties extérieures de manière qu'il fut aisé de sentir l'orifice interne, au côté duquel cette tumeur était attachée par un col très court, épais d'environ un pouce et d'une couleur livide vers la partie inférieure. Cette tumeur entraînait avec elle l'orifice extrême de manière qu'on pouvait en apercevoir les tissus avec la partie supérieure de la tumeur, qui n'avait souffert encore aucune altération. On fit une forte ligature autour de son col, au moyen de laquelle la tumeur tomba ; mais la malade était si épuisée qu'elle ne vécut que deux jours après cette suppuration. La tumeur

ayant été enlevée, on reconnut que c'était une substance ferme, solide et glanduleuse. »

C'est en somme peu de choses que nous trouvons, tant parmi les auteurs français, que parmi les auteurs étrangers.

Nous estimons aussi que les observations que nous allons exposer plus loin, sont d'un grand intérêt pour la thèse que nous soutenons.

CHAPITRE III

Observation du Docteur Rochon (Paris)

OBSERVATION I.

Au mois de janvier dernier, j'étais appelé près d'une femme de 36 ans, mettant au monde son quatrième enfant ; les trois accouchements précédents avaient été normaux.

A mon arrivée, la tête fœtale se présentait à la vulve; deux ou trois contractions utérines suffirent à l'expulsion du fœtus. Mais à peine était-il extrait, qu'une hémorragie abondante se déclarait.

La femme avait une bonne santé, les douleurs avaient été régulières, le travail normal (le début remontait, en effet, à 5 ou 6 heures), l'utérus était dur et rétracté, l'inertie utérine paraissait donc devoir être écartée. Néanmoins, je pratiquai la délivrance artificielle, qui d'ailleurs fut rapide, en la faisant suivre d'une injection intra-utérine. Malgré une rétraction considérable de l'utérus, l'hémorragie persistait toujours aussi abondante.

Je recherchai alors s'il n'existait pas de déchirure du col ou du vagin ; tout de ce côté encore, me paraissait normal et j'allais me décider pour le tamponnement vaginal, à tout hasard, quand mon doigt rencontra un cordon d'un centimètre et demi de longueur, de la grosseur d'une plume d'oie inséré à la paroi antérieure de l'utérus.

Pensant alors que je tenais enfin la source de l'hémorragie, je saisis non sans peine ce cordon entre les mains d'une pince à spéculum, la seule à ma disposition et j'en maintins les branches réunies à l'aide d'une ligature.

L'hémorragie s'arrêta de suite ; elle avait duré près de dix minutes, en donnant un litre de sang environ et en rendant une syncope imminente.

J'interrogeai alors la malade et son entourage sur la grossesse, sur le début de l'accouchement, mais, dans ce qui s'était passé avant mon arrivée, je ne trouvai rien d'important. La poche des eaux s'était rompue, il y avait au moins trois heures, comme dans les accouchements antérieurs.

En enlevant les caillots dont le lit était rempli, je trouvai une masse dure, allongée, à surface régulière de la grosseur d'un œuf, d'un rose clair, et présentant à la coupe les caractères d'un polype fibreux.

L'hypothèse que j'avais faite se trouvait ainsi confirmée : la tête foetale avait dû pousser devant elle cette tumeur dont le pédicule s'était rompu sous l'effort de la pression.

Sur la tumeur il restait un pédicule de deux centimètres. L'enfant du sexe masculin, pesait 4 kg. 300. Les pinces furent laissées en place pendant 48 heures, avec un pansement vaginal iodoformé. L'hémorragie ne réaparut pas, les couches furent normales et les forces de la malade se réparèrent facilement.

Observation II. (1)

La femme était à sa cinquième gestation, sa dernière gestation datait depuis deux mois.

A l'orifice du col utérin, on aperçoit un polype ayant le volume d'un haricot et qui saignait au moindre contact. Extirpation du polype avec une pince à polype.

L'hémorragie cessa rapidement après un tamponnement. Huit semaines plus tard, il y a avortement d'un fœtus de 14 cm. de long. Le placenta est intact, la déchirure des membranes était faite à quelques centimètres du pourtour placentaire. Le polype enlevé avait une grande ressemblance avec la déciduale. On pouvait distinguer une caduque compacte et spongieuse. Dans un grand nombre de glandes, on trouvait également des changements de déciduale.

Très probablement le polype avait existé avant la gestation et avait été transformé d'une manière singulière par celle-ci.

Le polype était certainement utérin (puisque la grande quantité de glandes étaient contre un polype du col) inséré dans le segment inférieur du corps.

Guérison.

---

(1) Stolper (Wien). — Revue Centrale de Gynécologie.

OBSERVATION III (1)

Il s'agit d'une malade qui perdait d'une façon continue depuis 5 semaines, du sang, et ne se croyait pas enceinte.

On trouva à l'examen un polype ayant le volume d'un œuf d'oie dans le vagin, dont le pédicule montait dans l'utérus. La malade commence à avoir des douleurs et elle expulse un fœtus de 3 mois environ qui passe à côté de la tumeur qui à ce moment se trouve à la vulve. On constate un placenta praevia latéral. On fait la ligature du pédicule qui était au niveau du bord inférieur du placenta qu'on extrait rapidement. Après un coup de curette, le canal cervical se ferme.

Guérison.

---

(1) Edindurgh Medical Journal.

OBSERVATION IV. (*Inédite*). — *Clinique Baudelocque Année* 1922.

Mme M. N., âgée de 36 ans, exerçant la profession d'infirmière, est entrée à la clinique Baudelocque, le 28 août 1922.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédants héréditaires ainsi que collatéraux.

Les antécédents personnels nous révèlent une fièvre typhoïde grave à deux ans, avec complications pulmonaires.

La menstruation commence vers 13 ans. Jusqu'à l'âge de 17 ans, les règles étaient douloureuses le premier jour, abondantes et duraient de 4 à 5 jours. A 17 ans, il y a un arrêt de règles qui dure sept mois, sans aucun trouble local ni général ; en même temps, des écoulements vaginaux de couleur blanche, se produisent de temps en temps.

A 18 ans, les règles reprennent régulièrement et sont moins douloureuses. Il se produit de nouveau une suppression de règles durant 11 mois, sans autres troubles.

Les règles reprennent encore régulièrement et sont de moins en moins douloureuses.

Les premiers rapports sexuels ont lieu à 25 ans ; ils ne changent en rien ni le rythme, ni l'allure des règles.

En 1910, à 25 ans, la malade est en état de gestation; tout se passe normalement jusqu'au moment du travail où la malade présente de l'albuminurie et des crises d'éclampsie. On fait une application de forceps sans autres accidents ; le nouveau-né est bien constitué et pèse 3 kg. 200 grammes.

La température étant élevée, on fait, pendant les suites de couches, un curettage utérin. Cette intervention est suivie de pertes qui se prolongent pendant un

mois et demi. Un mois après, les règles font leur apparition régulièrement, non douloureuses un peu plus abondantes que par le passé.

A 26 ans, en 1911, la malade est en gestation pour la seconde fois. Il n'y a aucun accident, l'allaitement maternel dure deux mois et demi, il est arrêté en raison de l'insuffisance de lait.

La malade a des pertes pendant deux mois environ ; les règles reprennent ensuite comme auparavant.

En 1917, survient la troisième gestation, bien supportée, qui se termine par l'accouchement d'une fille à terme, pesant 3 kg. La mère ne peut allaiter son enfant que trois mois, le lait se tarissant à nouveau.

L'accouchement est suivi par une élévation de la température et de pertes qui durent un mois et demi.

Ensuite les règles se rétablissent régulièrement, mais douloureuses le premier jour, plus abondantes et avec présence de caillots.

Pendant les années 1920-1921, les règles étaient toujours assez abondantes, elles duraient dix à onze jours avec parfois des interruptions de plusieurs jours.

Quatrième gestation normale, enfant vivant.

Vers la fin de 1921, la malade a des pertes jaunes et durant une huitaine de jours, elle s'est plainte de sensation de cuisson au moment d'uriner.

En mars 1922, cette malade s'aperçoit que dans le bas côté de l'abdomen, il existe une tumeur assez volumineuse et mobile avec les mouvements du corps.

Il n'y a pas de modification des règles sinon que plus abondantes pendant dix à douze jours et toujours douloureuses le premier jour.

Le 27 juin, la malade a une grosse perte de sang à la fin des règles, qui s'arrêtent brusquement.

Le 24 juillet, la malade a des nausées fréquentes et une perte de sang qui dure un jour seulement.

Le 27 juillet, de nouvelles pertes de sang.

Le 28 juillet, la malade consulte dans un service de gynécologie ; le diagnostic d'un gros kyste de l'ovaire est porté.

Le 31 juillet, à l'examen, on trouve la masse abdominale de résistance dure, remontant sur la ligne médiane, à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, plus développée sur la droite où elle dépasse de trois travers de doigt, l'horizontale ombilicale, moins développée sur la gauche où elle paraît moins dure.

Cette masse est très mobile latéralement ; au-dessous on sent nettement une autre masse paraissant indépendante de la première sur la gauche, se continuant dans le vagin par un col reporté dans la partie droite du vagin et oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Cette dernière masse a la consistance d'utérus et son volume répond à une gestation de deux mois et demi environ.

Le 14 septembre, au deuxième examen on trouve une augmentation de volume de la tumeur supérieure. Correspondant à cette augmentation, il y a des signes de compression, dyspepsie, crises d'étouffement. La masse inférieure est moins nettement distendue que lors du premier examen.

Diagnostic : Gestation de trois mois environ avec grosse masse abdominale qui pourrait être un kyste de l'ovaire ou gros fibrome.

L'augmentation rapide des signes de compression et du volume de la tumeur, posent l'indication opératoire.

En résumé: Ménorrhagies depuis un an; métrorrhagies, augmentation de volume du ventre depuis mars 1922. Aménorrhée depuis le 10 juin même année.

Le 16 septembre 1922, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Après avoir incisé le péritoine, on tombe sur une tumeur de consistance molle, de couleur rouge violacée, analogue à celle d'un utérus gravide.

Cette tumeur remonte au-dessus de l'ombilic ; l'on agrandit l'incision vers le haut, afin d'explorer la région.

Mise en place de la valve de Doyen.

La tumeur apparaît alors nettement comme étant l'utérus.

A l'exploration, le petit bassin où l'on sentait assez nettement par l'examen clinique une masse correspondant à un utérus de deux mois et demi environ, est vide. C'est en réalité le segment inférieur de l'utérus, lui-même très augmenté de volume, qu'on a dû prendre cliniquement pour l'utérus. A l'intervention on note en effet à ce niveau un sillon et un ressaut avec une légère différence de consistance.

De chaque côté du segment inférieur, montent les pédicules vasculaires très augmentés de volume.

Dans les quatre cinquièmes supérieurs, la masse utérine donne à la palpation, une sensation de résistance très molle, analogue à celle que l'on aurait à la palpation d'un gros fibrome mou.

A aucun moment de l'examen, on n'a perçu la moindre contraction.

On note un tout petit fibrome (haricot) très superficiel sur la face antérieure de l'utérus et à droite.

Dans l'indécision où l'on se trouve quant à la nature du contenu utérin, on referme après avoir soigneusement refait la paroi en trois plans.

L'anesthésie a été faite à l'éther.

Dans les heures qui ont suivi l'opération, on a administré quatre centigrammes de morphine en quatre fois et cinq c.c. d'huile toutes les trois heurse.

Un jour et demi après l'intervention, dans la nuit du 17 au 18 septembre, se produit l'expulsion spontanée d'un fœtus de trois mois environ.

Le 17 septembre, il y a une légère perte de sang noirâtre. Durant ces deux journées, l'opérée prend un litre et demi d'eau de Vichy. On continue à pratiquer des injections d'huile camphrée. Température : 39°.

Le 19 septembre, la femme étant agitée, on administre un centigramme de morphine à trois heures du matin ; l'huile camphrée à la dose de 5 cc. est poursuivie

toutes les trois heures. Légère perte de sang noirâtre. Température : 38°.

Le 20 septembre, la malade a deux selles à la suite d'un lavement huilé.

Urines : 400 grammes ; la température est stationnaire ; perte de sang noir.

Le 21 septembre, la malade a quatre selles, après ingestion d'huile de ricin. La quantité d'urine est montée à 700 grammes. La malade se plaint d'une douleur dans le membre inférieur gauche. Il y a élévation de la température locale avec légère hydarthrose du genou gauche. Il n'y a pas d'œdème.

L'aspect des téguments est légèrement violacé. On immobilise le membre inférieur gauche. Température : 38°.

Le 22 septembre, la malade a quelques pertes de sang, plutât des caillots. En même temps la jambe gauche s'œdematise ainsi que le genou où l'on constate de l'hydarthrose. Température : 38°5.

Le 23 septembre se produit l'expulsion hors de l'utérus d'un vaste débris placento-membraneux, très nauséabond et pesant 170 gr.

Le 27 septembre, on fait l'ablation des agrafes et des crins. La jambe gauche commence à être moins enflée et moins douloureuse ; l'épanchement de l'articulation du genou diminue aussi, mais le ventre est toujours douloureux.

Dans la nuit suivante, les douleurs utérines ont cessé. En même temps la jambe gauche est redevenue normale comme volume ainsi que comme phénomènes subjectifs. Les pertes de sang sont beaucoup moins abondantes et le sang est rouge vif. Températ. : 37°5.

Le 30 septembre se produit la réapparition de l'œdème au membre inférieur gauche. La cicatrice abdominale est en bon état.

Le 1er octobre, la malade perd du sang rouge non nauséabond, mais en plus grande quantité que d'habi-

tude ; la malade se plaint de coliques au niveau de l'utérus.

L'évacuation intestinale n'est pas troublée ; les urines sont normales comme couleur, quantité et éléments. Vers 7 heures du soir, la malade se sent fatiguée, la température monte à 39°.

Il n'y a aucun symptôme pulmonaire anormal.

Le 2 octobre, les selles et les urines sont satisfaisantes. Les pertes de sang sont peu abondantes, non nauséabondes. Le membre inférieur gauche a diminué de volume et l'hydarthrose a presque complètement disparu. La cicatrisation abdominale est toujours en bonne voie. Température : 39°.

Le 22 octobre, on commence à faire des massages du membre inférieur gauche. L'œdème n'existe plus à cet endroit. La malade continue à avoir de pertes cette fois-ci rouge-sale.

Elle se plaint de douleurs abdominales, d'inappétance, parfois de nausées et même de vomissements. La température est un peu irrégulière et le pouls est au-dessus de la normale.

Le 23 octobre, la malade accuse des violentes douleurs dans l'abdomen. Le ventre est souple, sauf dans les limites de la tumeur utérine qui est dure, immobile et semble avoir un peu augmenté de volume depuis quelques jours. Elle dépasse largement à droite l'horizontale ombilicale. Au toucher vaginal, on sent le col utérin mou, déhiscent.

Le le cul-de-sec antérieur, la masse utérine bombe fortement.

Le 25 octobre, la malade se lève pour la première fois depuis son entrée à la clinique Baudelocque.

Le 27 octobre, on interdit le lever à la malade à cause d'une poussée fébrile : 38°.

Les pertes rouges sont nauséabondes. L'utérus se contracte douloureusement.

Jusqu'au 31 octobre, la situation ne change pas, la température est de 38°2.

A cette date, après de violentes crises douloureuses

nocturnes, la malade expulse au matin une masse recouverte d'un liquide rose brun, épais, sannieux, très fétide, du volume et de la forme d'un rein avec un pédicule de 5 cm de longueur, une face arrondie, tomenteuse, rose grisâtre, et l'autre face plate, très lisse, donnant absolument à l'œil l'impression d'avoir été coupée au couteau.

Le lendemain, l'utérus paraît avoir diminué de volume. Son fond est à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. La malade souffre un peu dans le bas-ventre. Température : 37°2.

Le 6 novembre, la température baisse, la malade a des pertes nauséabondes, abondantes.

Les jours qui suivent la malade accuse des nouvelles crises douloureuses ; le 10 novembre il apparaît à la vulve une masse s'accompagnant des pertes rouges, moins nauséabondes.

Le 11 novembre, la malade étant mise sur une table, on essaye au spéculum d'enlever par torsion, la masse apparaissant à la vulve. On n'arrive cependant qu'à enlever des morceaux complètement sphacélés, blancs grisâtres qui se déchirent sous la pince. Le poids de tous ces morceaux est de 130 grammes environ.

On aperçoit au spéculum un col utérin largement ouvert, aux lèvres amincies et collées aux parois vaginales. Son orifice est comblé par une masse dont on vient d'enlever des débris, ne faisant plus saillie dans le vagin et ayant un aspect irrégulier, blanc grisâtre.

Avec l'hystéromètre on ne peut pas passer entre elle et le col pour en faire le tour et de déterminer sa base d'implantation.. En écartant cependant un des bords, il s'écoule de la cavité utérine un liquide brun clair, sanieux et malodorant.

22 novembre. Depuis 10 jours les phénomènes généraux se sont amendés.

La malade continue à souffrir par crises, mais elles sont moins douloureuses et les pertes diminuent progressivement, alors qu'elles furent pendant quelques jours abondantes, verdâtres, puis jaunes.

La température et le pouls sont normaux.

A l'examen au spéculum, on trouve un col gros, mais presque complètement fermé.

A l'hystéromètre on a l'impression de rencontrer sur la face antérieure et interne de la cavité utérine des noyaux fibromateux irréguliers et durs ; ce que l'on peut atteindre dans le fond de cette cavité, se trouve à 8 centimètres et demi.

Le 16 décembre 1922. L'état général s'est beaucoup amélioré ; depuis le 12 novembre l'apyrexie est complète. L'utérus est encore un peu gros, dépassant la symphise pubienne.

Suivant sa demande, la malade quitte le service.

Voici les renseignements sur l'état ultérieur de cette malade :

En 1923, l'ancienne malade est en gestation pour la sixième fois. L'accouchement s'est passé normalement; fille vivante à terme.

En 1924, il y a une septième gestation qui se termine à la clinique Baudelocque, par hémorragie grave, placenta vicieusement inséré; la présentation est celle du siège. Mort de l'enfant pendant le travail ; on pratique une basiotripsie sur la tête dernière. Guérison.

Résultat de l'examen microscopique de la première masse éliminée :

Masse myomateuse avec peu de tissu conjonctif. Faisceaux musculaires coupés en tous sens. Les noyaux ne sont pas colorables. Donc fibromyome en voie de nécrose.

En résumé cette observation comporte ces principaux faits :

Gestation de 3 mois dans utérus myomateux ;

Laparotomie exploratrice ;

Avortement un jour et demi après l'intervention ;

Phlébite du membre inférieur gauche ;

Deux mois après l'intervention, expulsion en deux fois de myomes en voie de sphacèle ;

Deux gestations ultérieures.

OBSERVATION V (*Inédite*). — *Clinique Baudelocque. Année* 1924

Dans cette observation, il s'agit d'une femme de ménage qui est à sa septième gestation et est âgée de 39 ans. Le procréateur âgé aussi de 39 ans, est manœuvre et se porte bien.

Dans les antécédents héréditaires de cette personne, on trouve le père atteint de bronchite chronique avec asthme.

Comme antécédents physiologiques, nous trouvons que la parturiente a marché à neuf mois et toujours bien marché. Elle a été réglée à dix-sept ans ; les règles n'étaient pas douloureuses jusque il y a 5 ou 6 mois et duraient quatre jours.

Les antécédents pathologiques révèlent un abcès de l'amygdale dans l'enfance et de la leucorrhée depuis six mois.

Les grossesses et les accouchements antérieurs ont été normaux, sauf le premier qui s'est produit à la fin du septième mois ; l'enfant est mort en 24 heures.

Parmi les cinq autres enfants, trois sont morts de méningite tuberculeuse en 1915 ; et tous ces enfants ont eu le même procréateur qui est mort de bacillose pulmonaire à l'âge de vingt-neuf ans.

En ce qui concerne la gestation actuelle, les dernes règles ont eu lieu vers le 2 septembre et ont cessé vers le 6 du même mois. Cette femme vient de l'hôpital Cochin où elle avait été envoyée par son médecin en raison de douleurs et de perte de sang qu'elle présentait depuis quelques jours. La malade n'a pas de vomissements, mais il y a de la leucorrhée abondante. L'examen des urines ne décèle pas d'éléments anormaux.

A l'examen, le squelette est normal, ainsi que les poumons et le cœur.

A l'entrée dans le service, c'est-à-dire le 28 novembre, on sent l'utérus qui arrive jusqu'à l'ombilic, répondant à une gestation de quatre à cinq mois. Les bruits du cœur du fœtus ne sont pas perçus. En pratiquant le toucher vaginal, on constate que la dilatation est environ d'une pièce de cinq francs et en touchant plus loin, on peut sentir le pôle inférieur d'un œuf membraneux. Sur la face postérieuere, les doigts tombent sur une masse molle, ayant le volume d'une mandarine et pouvant être prise pour un placenta. Les doigts ayant servi au toucher, ramènent des filets de sang.

A 17 heures, le même jour, l'utérus est descendu à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La température est normale.

Le 29 novembre, à 17 heures, l'œuf fait son apparition à la vulve. Température : 39°. A 22 heures, l'œuf étant toujours à la vulve, on décide de vider l'utérus sous anesthésie à l'éther. Après les soins antiseptiques d'usage, la main droite introduite dans le vagin, saisit le fœtus et l'en extrait. On est en présence d'un fœtus macéré, pesant 20 grammes.

On introduit de nouveau les doigts dans la cavité utérine et on extrait le placenta, tandis que la main gauche fixe par l'intermédiaire de la paroi abdominale le fond de l'utérus. En faisant la révision de la cavité utérine, on note un petit noyau fibreux, gros comme une noisette sur la face antérieuere du segment inférieur. On trouve de plus sur la face antérieure du corps de l'utérus, un fibrome sous-muqueux de la grosseur d'une orange. Les doigts ramènent encore quelques débris placentaires ; on fait un écouvillonnage à la teinture d'iode, de la cavité utérine. Comme traitement complémentaire, on prescrit de la glace sur le ventre, une injection sous-cutanée de 5 cc d'huile camhprée et 30 cc de sérum antistreptococcique.

30 novembre. La température est de 39° ; le pouls est à 117 pulsations. A l'examen de M. Powilewicz, on constate que le col ne laisse pénétrer que la pulpe du doigt ; l'utérus n'est pas douloureux, son fond est à l'ombilic.

Le 2 décembre, on administre neuf centimètres c. d'huile camphrée en trois fois et 80 cc. de sérum antistreptococcique. Sur le ventre on met de la glace et on donne des injections vaginales chaudes antiseptiques. Les selles sont abondantes et fétides.

3 décembre. La température : 40°, le ventre est souple, on fait le même traitement. Toute la journée, il s'écoule par le vagin des pertes purulentes et fétides.

4 Décembre. Température : 40° ; l'aspect de la malade est légèrement subictérique. L'utérus est toujours à l'ombilic, le ventre est souple. On trouve au toucher le col ouvert, dilaté même. Pénétrant avec les doigts dans le col utérin, on atteint une masse irrégulière comblant la cavité utérine et dont on distingue en avant et à droite le pédicule. Etant donc en présence d'un polype utérin, Monsieur Powilewicz décide l'intervention, qui est faite sous anesthésie au chlorure d'éthyle Les valves étant mises en place, on découvre facilement la tumeur qui entoure le col ; avec un pince de museux on saisit le polype — torsion — et extraction facile de la tumeur.

Cette extraction est suivie de peu d'hémorragie, mais il s'écoule après l'ablation un liquide purulent et d'odeur fétide. On touche légèrement à la teinture d'iode, le col utérin qui est un peu ulcéré. Ensuite, on fait une injection intra-utérine de la solution iodo-iodurée, suivie de mise en place d'une mèche d'oxyde de zinc dans l'utérus, mèche très peu serrée. Injection sous-cutanée de 70 cc. sérum antistreptococcique et de 9 cc. d'huile camphrée.

Dans la soirée, extraction de la mèche.

Le 5 décembre, le ventre est souple, mais les pertes sont nauséabondes. De nouveau, injection de 80 cc. sé-

rum antistreptococcique. La malade est soumise au régime lacto-végétarien. On met toujours de la glace sur l'abdomen et on continue les injections vaginales à la liqueur de Labarraque. Température : 38°.

7 Décembre. L'état de la malade est sensiblement amélioré. On arrête la médication sérothérapique, car il y a u ncommencement de réaction serique se manifestant par une éruption généralisée avec prurit. L'utérus est à une hauteur de 3 cm au-dessous de l'ombilic. Température : 37°.

10 Décembre. On supprime la glace sur l'abdomen, la température est toujours normale. L'état général est nettement bon.

La femme sort de la clinique le 27 décembre.

Résultat de l'examen microscopique : fibres musculaires et fibres conjonctives entrecoupées, les noyaux sont peu colorés.

En résumé : avortement de deux mois et demi chez une multipare, suivi de phénomènes traduisant l'infection utérine.

Extraction d'un polype en partie sphacelé, cinq jours après l'avortement.

Guérison en deux semaines.

Observation VI. (*inédite*) — Maternité du Port-Royal. *Année* 1924.

Dans cette observation, il s'agit d'une parturiente étant à se seconde gestation.

Pendant toue la durée de sa dernière grossesse, il n'y a eu aucun phénomène anormal. L'accouchement a lieu spontanément à terme, l'enfant est vivant et les suites de couches sont tout à fait physiologiques.

Cependant vers le 15e jour après l'accouchement, la femme commence à présenter des lochies purulentes et fétides.

A l'examen on constate que l'utérus est beaucoup trop gros qu'il devrait être en réalité. Au toucher on sent le col utérin large come une pièce de cinq francs environ, au travers duquel on sent une masse que l'on prend pour des débris placentaires.

La malade étant transportée à l'hôpital et anesthésiée, on se rend compte par un toucher intrautérin, que la masse remplit toute la cavité utérine et qu'elle est pédiculée sur un point au niveau de la corne gauche.

A l'aspect macroscopique, on se rend compte qu'il s'agit d'un polype.

L'examen microscopique révèle du tissu fibreux abondant.

CHAPITRE IV.

Ce que l'on peut conclure de nos observations et des observations antérieures

Ayant signalé trois observations que nous avons trouvées dans diverses publications, ayant rapporté de la façon la plus complète qu'il nous a été possible trois observations inédites, nous essayerons dans les lignes qui vont suivre de voir ce que l'on peut tirer de l'ensemble de ces observations, nous excusant de leur petit nombre, mais déjà cette constatation est importante étant donné le grand nombre d'ouvrages sur lequel a porté notre recherche.

Nous envisagerons l'étude de ces observations à un double point de vue.

Premièrement : Retentissement du polype sur la puerpéralité.

En second lieu : Retentissement de l'état puerpéral sur le polype intraputérix.

Le retentissement du polype sur la puerpéralité peut être noté aux différentes périodes de celle-ci.

Le fait que nous avons signalé plus haut, rareté des observations de gestation évoluant dans des utérus contenant un polype, montre que la fécondation y est gênée, soit comme le dit M. Tarnier que la pénétration du spermatozoïde dans l'utérus y est difficile par la suite de la présence du bouchon formé au niveau du col par le polype, soit que la muqueuse utérine soit modifiée, soit que les hémorragies ultérienes fréquentes gênent la modification de l'œuf.

Cependant, si nous nous en tenons aux observations nous voyons qu'il s'agit, la plupart du temps, de femmes d'un certain âge (dans trois cas où l'âge est signalé, on note : 36 ans dans l'observation I, 36 ans dans observation IV et 39 ans dans la dernière observation), qu'il s'agit toujours de multipare, une seule fois la parité n'est pas rapportée, nous avons dans l'observation VI, une multipare étant en gestation pour la seconde fois, dans l'observation première il s'agit d'une quatrième gestation, cinquième gestation dans les observations II et III et enfin la femme dont il est question dans l'observation V, est à sa septième gestation.

Au premier abord cette constatation de grande multiparité, semble contradictoire, et si l'on voulait

être logique, on ne concluerait que bien au contraire, la gestation est favorisée·

Cependant si l'on examine les faits d'un peu plus près, l'on voit que chez deux malades (observations IV et V), après une série de gestations successives survenant tous les ans ou tous les deux ans, il y a eu une pause ou la femme a cessé d'être enceinte, pause de 4 ans (obs. IV), pause de 9 ans (observation V). Ces deux femmes ont présenté des règles irrégulières et même des pertes de sang parfois abondantes durant cette période intercalaire, pertes en rapport avec le développement de leur polype.

Ce que nous constatons dans deux observations, nous ne pouvons pas l'appliquer aux autres pour lesquelles les renseignements font défaut.

Cependant il nous semble vraisemblable qu'il en soit ainsi et nous pouvons dire qu'un polype utérin gêne la fécondation en nous basant :

1° Sur la rareté des observations signalées ;

2° Sur l'arrêt dans la succession des gestations que nous notons dans deux observations.

Si la fécondation est rare, l'évolution de la gestation est aussi souvent entravée.

Un phénomène important que l'on trouve rapporté, est la fréquence des hémorragies, en effet, sur six observations, quatre fois (obs. 2. 3. 4 ·5.) il y eut des hémorragies pendant la gestion. Les caractères de ces hémorragies, sont des plus variables, tantôt petites hémorragies continues, tantôt discontinues et

abondantes. Enfin, surtout la gestation est interrompue, quatre fois sur six on note un avortement et cet avortement survient chez des femmes ayant précédemment perdu du sang durant des périodes plus ou moins longues.

De l'étude de nos observations, l'action directe de la masse formée par le polype sur le col utérin, est des plus variables. En particulier insistons sur le cas curieux de l'observation II où la femme accouchant d'abord de son polype, celui-ci est enlevé et ce n'est que huit semaines après que l'avortement se produit.

En opposition à l'observation précédente, signalons au contraire l'observation III où la femme accouchant de son polype, l'expulsion fœtale se produit presque aussitôt après.

En réalité la cause de l'avortement relève de plusieurs facteurs qui souvent se combinent.

Tantôt on doit incriminer la masse du polype qui peut-être expulsée la première et qui va jouer le rôle d'agent dilatateur du col.

Tantôt, la muqueuse utérine si souvent lésée que l'on trouve dans les utérus fibromateux.

Tantôt enfin l'infection de l'œuf (observation V.)

Dans l'observation IV, la laparotomie exporatrice peut être incriminée comme facteur étiologique de l'avortement.

Pendant la période de travail, quels faits particuliers est-on amené à rencontrer ?

Les deux enfants menés à terme se sont présentés

normalement et le travail a été normal, de plus on ne note ni présentation anormale, ni gêne lors de l'expulsion.

Pour les quatre avortements, deux fois le polype ignoré, tout en ayant marché normalement est resté méconnu.

Deux fois par contre le polype est sorti avant l'enfant et dans ces cas il s'agit de polypes dont le pédicule s'insère dans la portion basse de l'utérus. Une seule complication intéressante à noter, c'est l'histoire du polype à insertion basse compliquée d'un placenta inséré bas.

La plupart du temps, l'expulsion fœtale est peu gênée, tantôt le fœtus, petit, peut passer à côté d'un polype à insertion utérine basse, devenu vaginal, tantôt le polype reste dans la cavité utérine dans une situation haute et permet alors l'accouchement d'un enfant normal (observation : poids de l'enfant, 4.300 gr.), dans ces derniers cas il s'agit de polype avec insertion haute du pédicule.

En résumé, au moment du travail, la situation du pédicule du polype commande ces constatations cliniques :

— Pédicule à insertion haute égale polype restant dans l'utérus, polype alors souvent ignoré comme nous le verrons.

— Pédicule à insertion basse, égale polype souvent précédant l'enfant dans le vagin et pouvant alors vraisemblablement dans certains cas, gêner l'expulsion de

celui-ci ; nous ne pouvons malheureusement en rapporter des faits nos observations ne s'appliquant qu'à des fœtus très petits.

Mais si nous nous rapportons à l'observation de Smellie, on voit que : « La sage-femme vint à bout quoique avec beaucoup de peine d'accoucher et de délivrer la femme».

Au moment de la délivrance, des accidents peuvent par contre se produire. Le type en est l'observation I rapportée par le Dr Rochon : rupture du pédicule du polype à la fin de l'accouchement, hémorragie extrêmement abondante se faisant durant la délivrance au niveau du pédicule rompu.

Mais cette complication ne se présente qu'une fois dans nos observations. D'autre part, notons la fréquence de la délivrance artificielle, elle a lieu trois fois sur six cas (obs. I. III, V) délivrance pratiquée pour des indications au reste différentes :

Obs. I, grande hémorragie.

« II, insertion vicieuse du placenta

« V, œuf infecté, T. 39.

Examinons maintenant la seconde partie de nos conclusions, le retentissement de la puerpéralité, sur le polype.

Subit-il une poussée pendant la gestation comparable à ce que l'on peut noter à l'examen des fibromes, nous ne pouvons l'affirmer, mais si l'on examine l'aspect macroscopique de la pièce de l'observation V, on peut voir que ce polype semble avoir été comme trop

à l'étroit dans une cavité utérine non distendue par la gestation ; il moule la cavité utérine non distendue par la gestation ; il moule la cavité utérine et semble comme tassé.

Enfin dans l'observation IV, la dimension du polype est telle que l'on prend au palper celui-ci, pour l'utérus gravide.

Ces deux constatations sont en faveur d'une poussée subie par le polype au cours de la gestation, et c'est en dehors des hémorragies, la seule modification que l'on peut signaler au cours de la gestation du côté du fibrome, il n'existe aucun signe douloureux à son niveau et dans la plupart des cas la tumeur du polype passe même inaperçue, sans histoire clinique durant la gestation et les hémorragies que présentent la femme sont souvent mises sur le compte d'un placenta bas.

Au moment du travail nous rappellerons pour la mémoire que celui-ci peut retentir sur le polype soit en expulsant celui-ci avant l'enfant (obs. II, III), soit en causant des ruptures (obs. I) au niveau du pédicule.

Mais le moment le plus important pour le retentissement de la puerpéralité sur le polype, c'est, si paradoxal que cela soit, lorsque l'accouchement est terminé ; c'est en effet au cours des suites de couches qu'éclatent des accidents au niveau du polype.

Si nous faisons abstraction des observations I, II, III, où le polype a été enlevé soit avant, soit au cours, soit aussitôt après l'accouchement, nous voyons que

dans les trois autres observations (IV, V, VI) où les polypes ont été laissés en place il y a eu toujours sphacèle et infection et c'est même cette infection qui a déterminé l'examen utérin et la découverte du polype jusque-là méconnu.

Cette infection se manifeste par des signes généraux banaux, température élevée : 40°, accélération du pouls, frissons plus ou moins marqués et localement un écoulement lochial très fétide ; au palper l'utérus anormalement gros, est douloureux et par le toucher, tantôt au travers du col entr'ouvert on atteint l'extrémité d'un polype sphacélé et le doigt qui remonte dans l'utérus peut quelquefois atteindre le pédicule (obs. V), tantôt le col étant ouvert d'avantage ,il faut faire le toucher intrautérin pour découvrir ce polype.

Dès que la masse du polype est enlevée, il s'écoule un liquide souvent abondant d'odeur infecte. En tout cas la présence du sphacèle du polype commande l'intervention immédiate qui est généralement suivie (obs. V. VI,) de la remission sympômes en 2 4et 48 heures et de la guérison.

Si on laissait les choses aller, l'infection avec toutes ses conséquences pourrait continuer à se développer.

Cenpendant l'observation IV avec l'explusion spontanée de débris du polype, représente un type de guérison spontanée, mais là on note une phlébite double consécutive.

Le polype donc laissé à lui-même dans l'utérus s'infecte et il nous faut répondre aux deux questions.

— Pourquoi le polype s'infecte-t-il dans les jours qui suivent l'accouchement ?

— Que faut-il faire pour parer à cette infection ?

Nous savons que la vascularisation de ces tumeurs est terminale et la simple torsion du pédicule lors de la descente de l'utérus va provoquer la nécrose et les accidents infectieux ensuite, mais au facteur torsion doit s'ajouter également un facteur particulier en rapport avec l'expulsion de la délivrance. A l'état normal, avant le développement de la gestation, le polype en dehors de son axe vasculaire est constitué par une masse myomateuse recouverte par la muqueuse utérine.

Lorsque la gestation se développe, les membranes de l'œuf viennent s'accoler à cette muqueuse qui subit également une transformation. Ces membranes ne doivent pas entourer complétement le polype, une face de celui-ci reste indemne, s'accolant contre la paroi et à ce niveau entre la muqueuse qui recouvre le polype et la muqueuse de la paroi utérine se fait un accolement qui peut-être quelquefois très marqué, dans l'observation V, une délivrance artificielle est pratiquée et celui qui fait cette délivrance ne note pas de battant de cloche dans la cavité, mais signale simplement un fibrome de la partie antérieure, il a l'impression que la muqueuse passe en pont au-dessus de la masse perçue en avant.

Ce ne sera que dans les jours qui suivent que le polype se libère de son adhérence à la paroi et qu'un

doigt introduit dans la cavité fait le tour du polype et atteint le pédicule. Il se produit donc un véritable décollement du polype et il est vraisemblable que tandis que d'un côté la muqueuse de recouvrement du polype va être lésée par ce décollement, de l'autre l'expulsion des membranes lèse également le restant de cette muqueuse.

Le polype est en somme « mis a nu » dans une cavité qui est souvent légèrement infectée, il va présenter un milieu favorable au dévelloppement de l'infection.

Il ne nous semble pas qu'il faille opposer ces deux facteurs torsion et « décapage » muqueux du polype, et nous parait plus logique d'accepter un mode d'action parallèle de ces deux facteurs.

Que faut-il faire pour parer à cette infection menaçante.

L'étude de nos observations, nous donne une réponse facile ; dans trois cas où les polypes sont enlevés ou expulsés, l'infection fait défaut, dans trois cas au contraire où les polypes sont laissés en place, l'infection se déclare. Il nous semble donc juste d'admettre la nécessité de l'ablation des polypes dès que leur diagnostic est porté au cours d'une délivrance, sans attendre que des phénomènes généraux et locaux d'infection rendent l'opération inéluctable.

Mais pour décider d'intervenir il faut que le diagnostic soit posé. Sur quoi pourra-t-on se baser pour établir celui-ci ?

1° Sur les hémorragies durant la gestation.

2e Sur la présence d'une masse perçue par le palper au cours de la gestation (obs. IV).

3e Sur la constatation du polype au niveau du col utérin au moment du travail.

4e Enfin si le polype est intra-utérin, une hauteur utérine anormale doit y faire penser.

5e Si le diagnostic de fibrome de la paroi est porté, même après une délivrance, il ne faut admettre celui-ci qu'avec réserve et un toucher intrautérin fait assez précocement pourrait être au besoin pratiquée.

6° Si a un des signes précédents s'ajoutent des signes d'infection utérine, l'examen intra-utérin est alors absolument nécessaire.

De tous ces signes, les uns sont rares, les autres difficilement appréciables et nous insisterons surtout sur les hémorragies, la hauteur anormale de l'utérus après la délivrance, l'infection utérine très marquée.

En résumé intervention précoce qui est préférable à une intervention tardive.

Intervention précoce qui sera remplie et qui comportera l'ablation du polyne après simple torsion avec vérification sur la possibilité d'une hémorragie au niveau du pédicule (cas de l'obs. I)

Intervention tardive qui tantôt peut comporter une opération semblable, tantôt peut conduire à une intervention plus large : hystérectomie vaginale.

En tout cas, dans toute infection déclarée, il faudra mettre en œuvre la thérapeutique habituelle pour lutter contre celle-ci.

CONCLUSIONS

— 1 La gestation dans les utérus présentant un polype fibreux, paraît rare.

— 2 Le plus souvent la gestation est en pareil cas interrompue avant son terme.

— 3 Les hémorragies constituent la complication la plus fréquente pendant la gestation.

— 4 Au moment du travail :

A. Si le polype est inséré bas, il peut gêner l'expulsion du foetus.

B. Si le polype est inséré haut, le travail peut avoir une évolution normale et l'existence même du polype peut être méconnue.

— 5 Dans les suites de couches, la complication fréquente est le sphacèle du polype, aussi une ablation précoce de celui-ci, nous semble devoir être préférée à l'opération tardive que commande d'urgence l'infection du polype.

Vu, *le Doyen*,
ROGER.

Vu, *le Président*,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La Pratique de l'art des accouchements. II édition. 1909 T. II, P. 354.

CAZEAUX et S. TARNIER. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. IX édition, 1874, p. 731.

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement. IX édition. 1924, pages 289 et 290.

G. HERBINIAUX. — Traité sur divers accouchements laborieux et sur les polypes de la matrice. T. II, 1791.

Dr ROCHON. — Hémorragie graves dues à l'arrachement d'un polype utérin pendant l'accouchement. Revue d'Obstétrique internationale. 1er mai 1892. N. 85. Paris.

L. STOLPER (Wien). — Ein Beitrag zur Frage der décidualen Umwandlung von polypen wâhrend der

gravidität. Central Blatt für gynäkologie N. 42, p. 1111 1902. Leipzig.

SMELLIE. — Observations sur les accouchements ou suite de la théorie et pratique de cet art. Traduites de l'anglais O. M. de Préville. T. II. 1766.

J.-C. WEBSTER. — A fibroid polypus, foetus and portions of. Placenta from a case of placenta praevia Edinburgh medical journal P. 77. 1894.